

# OUI, JE VEUX ÊTRE MEMBRE DE L'ASSOCIATION MUCO!

Via ce document, vous avez la possibilité de devenir membre de l'Association Muco. À partir du moment où vous devenez membre, vous nous autorisez à conserver vos données et vous pouvez recourir gratuitement à tous les services que nous vous proposons. Vous recevrez également quatre fois par an le magazine *Respire* dont chaque numéro propose un dossier de fonds ainsi que les dernières informations concernant les avancées en matière de lutte contre la mucoviscidose et l'Association Muco. Vous pouvez également nous renvoyer votre formulaire d'adhésion par la poste. Vous pouvez également nous transmettre une version scannée du formulaire via [membership@muco.be](mailto:membership@muco.be). Vous ne recevrez pas de carte de membre, mais recevrez annuellement par e-mail une confirmation de votre adhésion à l'Association Muco.

## Quel est votre lien avec la mucoviscidose ? (Selectionnez une seule catégorie)

- Je suis une personne atteinte de mucoviscidose
- Je suis maman, papa ou représentant légal d'une personne atteinte de mucoviscidose
- Je suis partenaire ou membre de la famille d'une personne atteinte de mucoviscidose
- Je suis sympathisant (par exemple organisateur d'action ou dispensateur de soins)

---

## Vos données personnelles

Nom : ..... Prénom : .....

Rue et numéro : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Numéro de téléphone : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M / F

Adresse e-mail : ..... Langue : NL / FR

---

## Les données de votre partenaire légal

**uniquement nécessaire si vous avez vous la muco ou si vous êtes un parent/représentant légal d'une personne atteinte de mucoviscidose**

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : ..... Adresse électronique : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M / F Langue : NL / FR

---

## A compléter uniquement si vous êtes une personne atteinte de mucoviscidose majeure ou que vous représentez une personne atteinte de mucoviscidose de moins de 18 ans:

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M / F

Date et lieu du diagnostic : .....

Centre Muco (hôpital) où se déroule le suivi : .....

Nom du médecin traitant muco : .....

Nom du kiné à domicile : ..... Téléphone du kiné à domicile : .....

Adresse du kiné à domicile : .....



## Comment désirez-vous être tenu au courant et comment sommes-nous autorisés à traiter vos données ?

- Oui, je désire recevoir Respire, le magazine de l'Association Muco, quatre fois par an
- Oui, je désire être tenu au courant par lettre et e-mail (E-Flash) à propos des nouvelles importantes
- Oui, j'autorise l'Association Muco à utiliser mes données, celle de mon partenaire et des patients atteints de mucoviscidose dont je suis éventuellement représentant(e) dans le cadre de ses services et de la recherche scientifique, et ce de manière anonyme.

Si vous faites appel aux services de l'Association Muco, nous sommes obligés pour ce faire de traiter vos données. Vous désirez en savoir plus ? Surfez sur [www.muco.be/fr/traitementdevosdonnees](http://www.muco.be/fr/traitementdevosdonnees).

### Autres remarques :

.....

.....

.....

.....

Lieu et date: .....

Signature :

Signature partenaire :



*Il suffit de compléter ce formulaire une seule fois. Toutefois, lors de leur 18e anniversaire, les patients atteints de mucoviscidose doivent le compléter une nouvelle fois. Dès le moment où vous nous avez transféré par e-mail une confirmation temporaire, vous pouvez recourir à nos services. Toute demande d'adhésion n'est définitive qu'après approbation par l'Assemblée Générale. Pour ce qui concerne les sympathisants, l'adhésion est définitive après approbation par le Conseil d'Administration. Si le formulaire comporte le nom et la signature d'un(e) partenaire, cela signifie que ce dernier est également valable pour ce qui concerne la demande d'adhésion du ou de la partenaire. Si vous ne désirez plus être membre, vous pouvez nous en aviser par écrit. Cela ne vous dispense toutefois pas des vos éventuelles obligations financières ou autres devoirs envers l'Association Muco.*

*L'Association Muco introduit les données fournies dans le présent formulaire dans sa base de données. En signant ce formulaire, vous acceptez que nous continuions à conserver les données vous concernant que nous avons éventuellement traitées dans le passé dans le cadre de nos services. Vous avez le droit de consulter vos données, de les adapter ou de les faire disparaître. Plus d'informations à ce sujet sur : [www.muco.be/nl/nous-respectons-votre-vie-privée](http://www.muco.be/nl/nous-respectons-votre-vie-privée). La version intégrale de notre déclaration de confidentialité est disponible sur [www.muco.be/fr/privacy](http://www.muco.be/fr/privacy).*